

**TUGAS ILMIAH
METODE HYBRID**



CLINICAL EDUCATION UNIT
PROGRAM STUDI PROFESI DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA
2026

**BAGIAN ILMU KESEHATAN ANAK
PROGRAM STUDI PROFESI DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA**

LAPORAN KASUS

JUNI 2026

GASTROENTERITIS AKUT



DISUSUN OLEH:

ABULKHAIRIL JAM'AN LAOH

111 2025 2179

PEMBIMBING:

dr. Akhmad Kadir., Sp. A

DIBAWAKAN DALAM RANGKA TUGAS KEPANITERAAN KLINIK

BAGIAN ILMU KESEHATAN ANAK

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA

MAKASSAR

2026

IDENTITAS MAHASISWA PENDIDIKAN PROFESI DOKTER
BAGIAN ILMU KESEHATAN ANAK
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA



Nama Mahasiswa : Abulkhairil Jam'an Laoh
NIM Klinik : 11120252179
NIM Preklinik : 11020220156
Tanggal Yudisium S.Ked : 10 April 2026
Nomor Handphone : 081342752616
Email : ariellaoh14@gmail.com
Alamat : Jl. gotong royong 2 no 18
Penasihat Akademik : dr. Shulhana Mochtar, M.Med.Ed
Periode dan Lama Stase : 7 Minggu
RS Stase : RSIA Sitti Khadijah 1
PKM Stase :
DPK Pembimbing : dr. Akhmad Kadir., Sp. A
DPK Penguji : dr. Akhmad Kadir., Sp. A

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa :

Nama : Abulkhairil Jam'an Laoh

NIM : 111 2025 2179

Judul : Gastroenteritis Akut

Telah menyelesaikan Laporan Kasus yang berjudul "**Gastroenteritis Akut**" dan telah disetujui serta telah dibacakan dihadapan supervisor pembimbing dalam rangka kepaniteraan klinik pada bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Muslim Indonesia.

Makassar, 12 Juni 2026

Menyetujui,

Dokter Pendidik Klinik,

Penulis,

dr. Akhmad Kadir., Sp. A

Abulkhairil J. Laoh

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian dan penulisan Laporan Kasus ini dengan judul **Gastroenteritis Akut** sebagai salah satu syarat menyelesaikan tugas kepanitran klinik bagian Ilmu Kesehatan Anak di Fakultas Kedokteran Universitas Muslim Indonesia.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan memberikan penghargaan yang setinggi-tingginya secara tulus dan ikhlas kepada yang terhormat **dr. Akhmad Kadir., Sp. A** selaku pembimbing selama berada di bagian Ilmu Kesehatan Anak.

Sebagai manusia biasa penulis menyadari sepenuhnya akan keterbatasan baik dalam penguasaan ilmu, sehingga Laporan Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk saran dan kritik yang sifatnya membangun dari berbagai pihak sangat diharapkan demi penyempurnaan Laporan kasus ini. Akhirnya penulis berharap sehingga laporan kasus ini memberikan manfaat bagi pembaca.

Makassar, 12 Juni 2026

Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gastroenteritis akut (GEA) adalah peradangan saluran pencernaan yang ditandai diare, muntah, nyeri perut, dan demam, umumnya disebabkan oleh infeksi virus, bakteri, atau parasit. Tingkat keparahan ditentukan oleh derajat dehidrasi, mulai dari ringan hingga berat, pada kasus berat dapat terjadi syok dan penurunan kesadaran.¹

penyebab tersering adalah virus seperti *rotavirus*, *norovirus*, dan *adenovirus*, diikuti bakteri (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*) serta parasit (*Giardia*). Mekanisme penyakit melibatkan gangguan penyerapan usus dan peningkatan sekresi cairan sehingga terjadi kehilangan cairan dan elektrolit.²

Gastroenteritis masih menjadi masalah kesehatan, terutama pada anak di bawah lima tahun, dengan sekitar 1,7 miliar kasus dan 525.000 kematian setiap tahun. Di Indonesia, diare akut berkontribusi terhadap 15–30% rawat inap anak.¹

Penatalaksanaan berfokus pada rehidrasi (oral atau intravena), pemberian zinc selama 10–14 hari, suplemen zinc dapat mengurangi episode diare sebesar 25% dan pengurangan volume tinja sebesar 30%, serta melanjutkan asupan nutrisi dengan terus memberikan makanan kaya nutrisi.³

BAB II

LAPORAN KASUS

2.1 Identitas Pasien

Nama Pasien : An. U
Jenis Kelamin : Laki Laki
Umur : 2 tahun
Alamat : -
Agama : Islam
Tanggal Masuk RS : 30 Mei 2026
Tanggal Keluar RS : 2 Juni 2026

Identitas Orang Tua

- Ayah

Nama Ayah : Tn. A
Umur : 40 tahun
Pekerjaan : Wiraswasta
Pend. Terakhir : SMA
Status kesehatan : Sehat

- Ibu

Nama Ibu : Ny. S
Umur : 35 tahun
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Pen. Terakhir : D3
Status kesehatan : Sehat

2.2 Anamnesis

A. Keluhan Utama

BAB Encer

B. Riwayat Penyakit Sekarang

Anak laki laki usia 2 tahun datang dengan keluhan buang air besar frekuensi > 3 kali sejak 3 hari yang lalu dengan konsistensi encer dan ada nyeri perut, ampas ada, tidak ada lendir, tidak ada darah. Demam (+) Mual (-) Muntah (-) BAK dalam batas normal. Makan dan minum kurang.

C. Riwayat Penyakit Sebelumnya

Tidak ada

D. Keluhan yang sama di keluarga

Ada, di rawat inap Bersama Kakak

E. Riwayat Imunisasi

Lengkap

F. Riwayat Alergi

Tidak ada

2.3 Status Neonatal

Tempat Lahir : Rumah Sakit

Ditolong Oleh : Dokter

BBL : 2.800 gram

PBL : 50 cm

Riwayat IMD : dilakukan

2.4 Status Tumbuh Kembang

Mengamati Tangan : lupa

Meraih Benda : 9 bulan

Tengkurap Sendiri : 7 bulan

Satu Suku Kata : 1 tahun

Menunjukkan Satu Gambar : lupa

Gigi Pertama : 11 bulan

2.5 Status Gizi

ASI : **Pernah** / ~~Tidak pernah~~

: Sampai usia 1 Tahun

: **Eksklusif** / ~~Tidak Eksklusif~~

2.6 Status Imunisasi

IMUNISASI	BELUM PERNAH	1	2	3	4	TIDAK TAHU
HEPATITIS B		✓	✓	✓	✓	
POLIO		✓	✓	✓	✓	
BCG		✓				
DPT		✓	✓	✓		
HIB		✓	✓	✓		
CAMPAK		✓	✓			
PCV		✓	✓	✓	✓	
ROTAVIRUS		✓	✓			
INFLUENZA						
LAIN-LAIN						

2.7 Pemeriksaan Fisik

1. Status Pasien

- Keadaan Umum : Sakit sedang
- Kesadaran : Compos Mentis
- GCS : 15 (E4M6V5)

Tanda Vital

- Tekanan Darah : -
- Nadi : 110x/menit
- Suhu : 40°C
- Pernafasan : 30x/menit
- SPO2 : 99%

Antropometri

- Berat Badan : 13 kg
- Tinggi Badan : 84 cm
- Lingkar Kepala : 49 cm

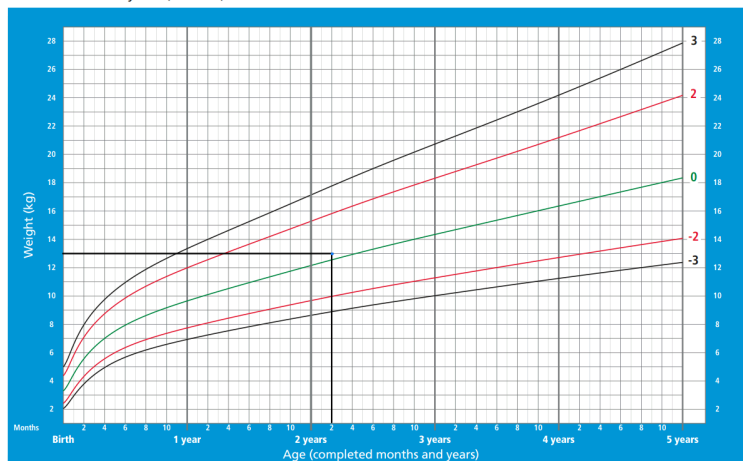
- Lingkar Perut : 55 cm
- Lingkar Dada : 50,5 cm

Status Gizi

- BB / U : -2 s/d +1 SD (**Berat Badan Normal**)
- TB / U : -2 s/d +3 SD (**Perawakan Normal**)
- BB / TB : +1 s/d +2 SD (**Gizi Lebih**)

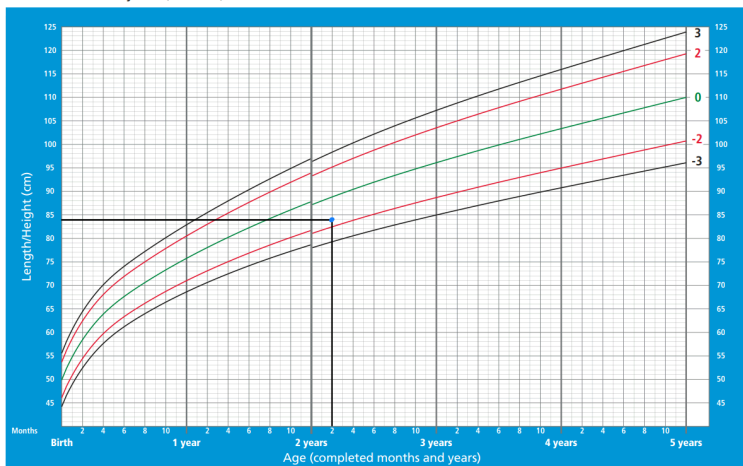
Weight-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



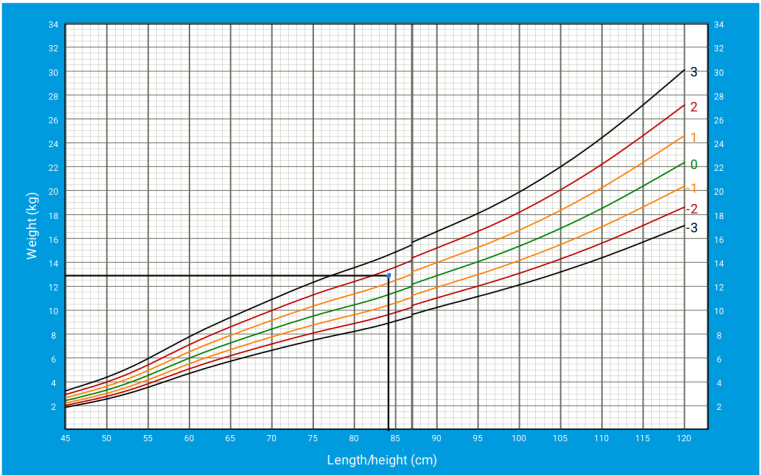
Length/height-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



Weight-for-length/height BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

2. Status Generalisata

Kepala dan Leher

- Kepala : Normocephal
- Muka : Simetris
- Rambut : Rambut Kering, Warna Hitam
- Ubun-Ubun Besar : Menutup
- Mata : Konjunctiva anemis (-/-),
sklera ikterik (-/-), cekung (+/+)
- Hidung : Pernapasan cuping hidung (-), secret(-), cavum
nasi hiperemis (-)
- Bibir : Kering (+)
- Lidah : Kotor (-)
- Mulut : Stomatitis (-)

- Tenggorok : Faring hiperemis (-)
- Leher : Pembesaran KGB (-), kaku kuduk (-)

Pemeriksaan Thoraks

- Inspeksi Umum : Normochest

Pemeriksaan Jantung

- Inspeksi : Iktus cordis tidak tampak
- Palpasi : Thrill tidak teraba
- Perkusi : Dalam Batas Normal
- Auskultasi : BJ I/II Murni Reguler, Murmur (-)

Pemeriksaan Paru

- Inspeksi : Simetris, Retraksi (-)
- Palpasi : Vocal fremitus Simetris Kanan dan Kiri
- Perkusi : Sonor di kedua lapangan paru
- Auskultasi : Vesikuler simetris, Rhonki (-/-), Wheezing (-/-) Stridor (-/-).

Pemeriksaan Abdomen

- Inspeksi : Datar, ikut gerak nafas
- Auskultasi : Peristaltik (+) kesan meningkat
- Palpasi : Organomegali (-), Nyeri perut (+)
- Perkusi : Timpani (+), Shifting dullnes (-), Undulasi (-)

Kelenjar limfa : Tidak ada pembesaran kelenjar limfa

Ekstremitas	: Akral hangat, CRT $\leq$ 2 detik, Edema(-). Sianosis (-)
Kulit	: Turgor Kulit menurun.
Refleks fisiologis	:KPR +/+ APR +/+ BPR +/+ TPR +/+
Refleks Patologis	: Babinski (-)
Lainnya	: Tidak ada

Skor Dehidrasi Who

- Keadaan umum lemas (2)
 - Mata cekung (2)
 - Mulut kering (2)
 - Pernapasan 30x (2)
 - Turgor kurang (2)Nadi 110x (1)
- Skor dehidrasi 11 (Dehidrasi ringan-sedang)

2.8 Pemeriksaan Penunjang

Darah Rutin (30 Mei 2026)

pemeriksaan	hasil	satuan	nilai rujukan
Hemoglobin	9.4	g/dL	10.5 - 13.0
Leukosit	10.82	$10^3/\mu\text{L}$	6.0 - 17.0
Eritrosit	3.25	$10^6/\mu\text{L}$	3.7 - 4.9
Hematokrit	25.6	%	33 - 38
Trombosit	299	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
MCV	79.0	fL	70 - 84
MCH	29.1	pg	23 - 30
MCHC	36.8	g/dL	31 - 37
RDW-CV	12.4	%	11.5 - 14.5
Neutrofil	56.1	%	15 - 35
Limfosit	33.2	%	45 - 76
Monosit	8.6	%	3 - 6
Eosinofil	1.6	%	0 - 3
Basofil	0.5	%	0 - 1
MPV	7.1	fL	6.5 - 11.0
PDW	14.4	fL	9.0 - 17.0
PCT	0.211	%	0.108 - 0.282

2.9 Diagnosis

- Gastroenteritis Akut + Dehidrasi

2.10 Tatalaksana

- IVFD RL 10 tpm (Makrodrips)
- Paracetamol 130mg / 6 jam/IV
- Zinc Syr 1x5 ml
- Cotrimoxazole Syr 2x1 cth

2.11 Follow Up

Tanggal Perawatan	Subject	Object	Assesment	Plan	Instruksi
30/05/2026	anak laki laki usia 2 tahun datang dengan keluhan buang air besar frekuensi > 3 kali sejak 3 hari yang lalu dengan konsistensi encer dan sakit perut, ampas ada, tidak ada lendir, tidak ada darah. Demam (+) Mual (-) Muntah (-) BAK dalam batas normal. Riw. Intake Oral tidak adekuat	ku: lemah Kepala : anemis (-), icterus (-), cekung (+) Thoraks : bp vesikuler Rh (-), wh (-) Abdomen : datar ikut gerak nafas, peristaltik usus meningkat Ekstremitas : akral hangat, CRT < 2 dtk Alergi : - Suhu(C) : 40 Tensi : - Nadi(/menit) : 110 Respirasi(/menit) : 30 Tinggi(Cm) : 84 Berat(Kg) : 13 SpO2(%) : 100 GCS(E,V,M) : 15 Kesadaran : Compos Mentis	Febris Pro Ev	Darah Lengkap	IVFD RL 10 tetes/menit (makrodrips) Injeksi paracetamol 130 mg/ IV/ 6 jam Zinc sirup 1x 5 ml cotrimoksazole sirup 2x1 cth
30/05/2026	demam + nyeri perut BAB : encer minum kurang	Ku: lemah s:40 c tanda dehidrasi+ Alergi : - Suhu(C) : 40 Tensi : - Nadi(/menit) : 110 Respirasi(/menit) : 30 Tinggi(Cm) : 84 Berat(Kg) : 13 SpO2(%) : 100 GCS(E,V,M) : 15 Kesadaran : Compos Mentis	GEA + Dehidrasi		IVFD RL 10 tetes/menit (makrodrips) Injeksi paracetamol 130 mg/ IV/ 6 jam Zinc sirup 1x 5 ml cotrimoksazole sirup 2x1 cth

31/05/2026	nyeri perut minum kurang	ku: lemah Alergi : - Tensi : - Nadi(/menit) : 110 Respirasi(/menit) : 30 Tinggi(Cm) : 84 Berat(Kg) : 13 SpO2(%) : 100 GCS(E,V,M) : 15 Kesadaran : Compos Mentis	GEA + Dehidrasi		IVFD RL 10 tetes/menit (makrodrips) Injeksi paracetamol 130 mg/ IV/ 6 jam Zinc sirup 1x 5 ml cotrimoksazole sirup 2x1 cth
01/06/2026	Kel-	ku: baik Alergi : - Tensi : - Nadi(/menit) : 100 Respirasi(/menit) : 25 Tinggi(Cm) : 84 Berat(Kg) : 13 SpO2(%) : 100 GCS(E,V,M) : 15 Kesadaran : Compos Mentis	GEA + Dehidrasi	Aff infus	IVFD RL 10 tetes/menit (makrodrips) Injeksi paracetamol 130 mg/ IV/ 6 jam Zinc sirup 1x 5 ml cotrimoksazole sirup 2x1 cth
02/06/2026	Kel-	ku: baik Alergi : - Tensi : - Nadi(/menit) : 100 Respirasi(/menit) : 25 Tinggi(Cm) : 84 Berat(Kg) : 13 SpO2(%) : 100 GCS(E,V,M) : 15 Kesadaran : Compos Mentis	GEA + Dehidrasi	- Aff Infus - bp	IVFD RL 10 tetes/menit (makrodrips) Injeksi paracetamol 130 mg/ IV/ 6 jam Zinc sirup 1x 5 ml cotrimoksazole sirup 2x1 cth

BAB III

PEMBAHASAN

3.1 Definisi

Gastroenteritis akut (GEA) merupakan inflamasi pada saluran cerna yang ditandai dengan onset mendadak dari diare dengan atau tanpa muntah, demam, dan nyeri abdomen. Kondisi ini dapat disebabkan oleh infeksi virus, bakteri, atau parasit yang mengganggu fungsi mukosa lambung dan usus.²

Menurut *World Health Organization*, GEA didefinisikan sebagai diare akut dengan tiga atau lebih buang air besar encer dalam 24 jam, dengan atau tanpa muntah, dan berlangsung kurang dari 14 hari. Sedangkan *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition* (ESPGHAN) pada pedoman 2022 menyebut GEA sebagai suatu kondisi akut yang ditandai dengan peningkatan frekuensi dan konsistensi tinja akibat inflamasi atau infeksi gastrointestinal.²

Gastroenteritis merupakan suatu peradangan yang biasanya terjadi pada lambung dan usus, yang menimbulkan gejala seperti diare dengan frekuensi lebih tinggi dari biasanya akibat paparan bakteri patogen, virus, dan parasit. Gastroenteritis dibagi menjadi dua berdasarkan timbulnya dan lamanya, yaitu gastroenteritis akut dan gastroenteritis kronis. Gastroenteritis akut adalah diare yang gejalanya muncul secara tiba-tiba dan berlangsung kurang dari 14 hari. Gastroenteritis juga merupakan kehilangan cairan dan elektrolit berlebihan yang

terjadi karena frekuensi buang air besar satu kali atau lebih dengan tinja yang encer.⁴

3.2 Epidemiologi

Gastroenteritis akut (GEA) adalah penyakit gastrointestinal yang umum terjadi. Pada anak-anak di bawah lima tahun, GEA adalah penyebab utama morbiditas dan mortalitas, terutama di negara-negara berkembang. Di seluruh dunia, gastroenteritis mempengaruhi sekitar 3 hingga 5 miliar anak di bawah usia lima tahun dan bertanggung jawab atas 12% kematian tahunan. Meskipun bakteri, parasit, dan jamur dapat menyebabkan GEA, sebagian besar kasus pada anak-anak disebabkan oleh infeksi virus. Agen virus bertanggung jawab atas lebih dari 70% GEA pada anak-anak. Di antara virus, *rotavirus grup A* (RVA), *norovirus* (NoV), *adenovirus* (AdV), dan *astrovirus* (AstV).⁵

Menurut data *World Health Organization* (WHO, 2018) saat ini penyakit Gastroenteritis diderita 66 juta orang di dunia dengan angka kematian 760.000 anak dibawah usia 5 tahun. Kematian pada anak disebabkan karena dehidrasi dan komplikasi yang terjadi. Penyebab yang paling sering terjadi pada kasus ini adalah karena infeksi oleh *rotavirus*, terutama untuk anak-anak yang tinggal di negara-negara yang memiliki perekonomian yang masih kurang memadai. *Rotavirus* ini sendiri dapat disebut sebagai penyebab umum dalam Gastroenteritis yang terjadi pada orang-orang dewasa di tempat-tempat, seperti kapal pesiar, pelancong, dan juga pada orang yang mengalami masalah gangguan kekebalan tubuh.⁶

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar Indonesia, prevalensi tertinggi penyakit Gastroenteritis diderita oleh balita, terutama pada usia <1 tahun (7%) dan 1-4 tahun (6,7%). Prevalensi tertinggi insiden Gastroenteritis di lima provinsi di Indonesia yaitu ; Aceh (10,2%), Papua (9,6%), DKI Jakarta (8,9%), Sulawesi Selatan (8,1%), dan Banten (8,0%). Karakteristik Gastroenteritis pada balita tertinggi terjadi pada kelompok umur 12- 23 bulan (7,6%), laki-laki (5,5%), tinggal di daerah pedesaan (5,3%) dan kelompok indeks kepemilikan terbawah (6,2%).⁶

3.3 Etiologi

penyebab gastroenteritis akut pada anak- anak. Di seluruh dunia, sebagian besar kasus disebabkan oleh infeksi virus dengan *rotavirus* dan *norovirus* sebagai yang paling umum. Infeksi virus merusak enterosit usus halus dan menyebabkan demam ringan dan diare berair tanpa darah. Infeksi *rotavirus* bersifat musiman di iklim sedang, mencapai puncaknya pada akhir musim dingin, tetapi terjadi sepanjang tahun di daerah tropis. Strain *rotavirus* bervariasi menurut musim dan secara geografis di dalam suatu negara. Usia puncak infeksi adalah antara 6 bulan dan 2 tahun, dan cara penyebarannya adalah melalui jalur fecal-oral atau pernapasan.

Patogen bakteri seperti *C. ampylobacter jejuni* dan *Salmonella spp.* menyerang lapisan usus halus dan besar serta memicu peradangan. Anak-anak dengan gastroenteritis bakteri lebih mungkin mengalami demam tinggi dan mungkin terdapat darah dan sel darah putih dalam tinja. Patogen bakteri kadang-kadang menyebar secara sistemik, terutama pada anak kecil. Infeksi dengan *Escherichia coli* penghasil toksin Shiga atau *Shigella dysenteriae* dapat menyebabkan kolitis

hemoragik (dengan diare berdarah parah), yang dapat diperumit oleh sindrom uremik hemolitik. Sindrom ini endemik di seluruh dunia dan ditandai dengan timbulnya anemia hemolitik mikroangiopatik akut, trombositopenia, gangguan ginjal akut, dan keterlibatan multisistem.

Demam enterik (akibat *Salmonella typhi* dan *S. paratyphi*) menyebabkan penyakit parah pada anak kecil, ditandai dengan demam tinggi yang berfluktuasi, diare atau sembelit, leukopenia, dan terkadang keterlibatan sistem saraf pusat, termasuk ensefalopati. Ensefalopati adalah komplikasi langka dari infeksi *Salmonella* non-tifoid. Toksin *Vibrio cholera* menyebabkan sekresi klorida dan air dari usus halus tetapi tidak merusak mukosa usus; hal ini menghasilkan feses "air beras" yang memiliki kandungan natrium tinggi tetapi tidak mengandung darah atau sel darah putih.

Gastroenteritis didapatkan melalui penularan dari orang ke orang atau konsumsi makanan dan minuman yang terkontaminasi ("keracunan makanan"). Daging olahan yang kurang matang, atau disimpan secara tidak tepat (ayam, sapi, babi) dan makanan laut merupakan sumber umum patogen bakteri. Konsumsi makanan yang mengandung toksin yang dihasilkan oleh kontaminan bakteri (misalnya, *Staphylococcus aureus* dalam es krim atau *Bacillus cereus* dalam nasi yang dipanaskan kembali) menyebabkan muntah atau diare (atau keduanya) yang timbul dengan cepat. Air dapat terkontaminasi oleh bakteri, virus, atau protozoa termasuk *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, *V. cholera*, dan *Entamoeba histolytica*, yang menyebabkan disentri amuba.^{7,8}

Bakteri	Virus	Parasit
<i>Campylobacter jejuni</i>	<i>Norovirus</i>	<i>Giardia intestinalis</i>
<i>Salmonella sp</i>	<i>Rotavirus</i>	<i>Cryptosporidium parvum</i>
<i>Shigella spp</i>	<i>Enteric adenovirus</i>	<i>Cyclospora cayetanensis</i>
<i>Shiga toxin E-coli</i>	<i>sitomegalovirus</i>	<i>Microspodia spp</i>
<i>Vibrio spp</i>		<i>Entamoeba hystolytica</i>
<i>Yersinia entrocolitica</i>		<i>Balantidium coli</i>
<i>Aeromonas</i>		
<i>Pleisiomonas</i>		
<i>Staphylococcus aureus</i>		
<i>Clostridium perferingens</i>		
<i>Bacillus cereus</i>		
<i>Clostridium difficile</i>		

3.4 Patofisiologi

Manifestasi klinis gastroenteritis virus disebabkan oleh efek virus, bersama dengan sitotoksin spesifik, terhadap enterosit usus. Virus menggunakan enterosit untuk bereplikasi, yang menyebabkan gangguan pada produksi enzim brush border, sehingga menyebabkan malabsorpsi dan diare osmotik. Selain itu, toksin virus menyebabkan kerusakan langsung dan lisis sel enterosit dan vili usus, yang menyebabkan kehilangan cairan transudatif ke dalam usus.

Hilangnya fungsi sel dapat menyebabkan kelainan elektrolit yang disebabkan oleh hilangnya fungsi transporter. Hal ini juga dapat menyebabkan gangguan asam-basa. Virus kemudian dikeluarkan melalui feses dan kadang-kadang dalam muntahan. Beban virus puncak dalam feses terjadi antara 24 hingga 48 jam setelah timbulnya gejala. Beberapa penelitian menunjukkan pelepasan virus berlangsung selama beberapa minggu setelah timbulnya gejala.⁹

3.5 Klasifikasi

Gastroenteritis diklasifikasikan menjadi dua, yaitu gastroenteritis akut dan gastroenteritis kronik.⁶

1. Gastroenteritis akut

Gastroenteritis akut didefinisikan sebagai penurunan konsistensi feses dan atau peningkatan frekuensi pengeluaran feses (lebih dari tiga kali dalam 24 jam), dengan atau tanpa muntah ataupun demam. Gastroenteritis akut terjadi kurang dari 14 hari.

2. Gastroenteritis kronik

Gastroenteritis kronik didefinisikan sebagai penurunan konsistensi feses dan atau peningkatan frekuensi pengeluaran feses dengan atau tanpa demam ataupun muntah. Gastroenteritis kronik terjadi lebih dari 14 hari.

3.6 Manifestasi Klinis

Pada kebanyakan kasus, diare akut merupakan suatu kondisi ringan dan dapat sembuh sendiri. Pasien dengan gejala klinis tertentu, seperti adanya diare berat dengan dehidrasi, diare berdarah, demam dengan suhu $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, diare yang berlangsung >48 jam tanpa perbaikan, diare dengan riwayat penggunaan antibiotik, serta diare pada populasi khusus yakni geriatri dan pasien dengan immunocompromised, evaluasi diare harus dilakukan secara seksama.¹⁰

Anamnesis berupa frekuensi, durasi, onset, serta derajat beratnya diare harus dievaluasi bersamaan dengan penilaian tanda dan gejala dehidrasi seperti adanya rasa haus, sakit kepala, perubahan status mental, dan penurunan produksi urin. Keluhan penyerta lain seperti demam, tenesmus, nyeri perut, mual, muntah, kembung, kram, dan diare bercampur darah harus dievaluasi pada seluruh pasien diare. Anamnesis terperinci mengenai riwayat konsumsi makanan dan riwayat bepergian perlu dilakukan untuk mengevaluasi kemungkinan paparan terhadap patogen. Riwayat penyakit lain seperti riwayat operasi saluran cerna, riwayat radiasi pelvis, riwayat konsumsi obat-obatan imunosupresan, kemoterapi, dan penyakit komorbid lain harus dievaluasi secara komprehensif.¹⁰

3.7 Tatalaksana

Prinsip penanganan diare yang disebut lintas penatalaksanaan diare (rehidrasi, suplement zinc, nutrisi, antibiotik selektif, dan edukasi orang tua/pengasuh).¹¹

1. Rehidrasi yang adekuat

a. Oral Rehydration Therapy (ORT)

Pemberian cairan pada kondisi tanpa dehidrasi adalah pemberian larutan oralit dengan osmolaritas rendah. Oralit untuk pasien diare tanpa dehidrasi diberikan sebanyak 10 ml/kgbb tiap BAB.

Rehidrasi pada pasien diare akut dengan dehidrasi ringan sedang dapat diberikan sesuai dengan berat badan penderita. Volume oralit yang disarankan adalah sebanyak 75 ml/KgBB. Buang Air Besar (BAB)i berikutnya diberikan oralit sebanyak 10 ml/KgBB. Pada bayi yang masih mengonsumsi Air Susu Ibu (ASI), ASI dapat diberikan.

b. Parenteral

Selanjutnya kasus diare dengan dehidrasi berat dengan atau tanpa tanda-tanda syok, diperlukan rehidrasi tambahan dengan cairan

parenteral. Bayi dengan usia <12 bulan diberikan ringer laktat (RL) sebanyak 30 ml/KgBB selama satu jam, dapat diulang bila denyut nadi masih terasa lemah.

Apabila denyut nadi teraba adekuat, maka ringer laktat dilanjutkan sebanyak 70 ml/KgBB dalam lima jam. Anak berusia >1 tahun dengan dehidrasi berat, dapat diberikan ringer laktat (RL) sebanyak 30 ml/KgBB selama setengah sampai satu jam. Jika nadi teraba lemah maupun tidak teraba, langkah pertama dapat diulang. Apabila nadi sudah kembali kuat, dapat dilanjutkan dengan memberikan ringer laktat (RL) sebanyak 70 ml/KgBB selama dua setengah hingga tiga jam.

Penilaian dilakukan tiap satu hingga dua jam. Apabila status rehidrasi belum dapat dicapai, jumlah cairan intravena dapat ditingkatkan. Oralit diberikan sebanyak 5 ml/KgBB/jam jika pasien sudah dapat mengkonsumsi langsung. Bayi dilakukan evaluasi pada enam jam berikutnya, sementara usia anak-anak dapat dievaluasi tiga jam berikutnya.

2. Suplement Zinc

Suplement zinc digunakan untuk mengurangi durasi diare, menurunkan risiko keparahan penyakit, dan mengurangi episode diare. Penggunaan mikronutrien untuk penatalaksanaan diare akut didasarkan pada efek yang diharapkan terjadi pada fungsi imun, struktur, dan fungsi saluran cerna utamanya dalam proses perbaikan epitel sel Saluran cerna. Secara ilmiah zinc terbukti dapat menurunkan jumlah buang air besar (BAB) dan volume tinja dan mengurangi risiko dehidrasi. Zinc berperan penting dalam pertumbuhan jumlah sel dan

imunitas. Pemberian zinc selama 10-14 hari dapat mengurangi durasi dan keparahan diare. Selain itu, zinc dapat mencegah terjadinya diare kembali. Meskipun diare telah sembuh, zinc tetap dapat diberikan dengan dosis 10 mg/hari (usia < 6 bulan) dan 20 mg /hari (usia > 6 bulan).

3. Nutrisi adekuat

Pemberian air susu ibu (ASI) dan makanan yang sama saat anak sehat diberikan guna mencegah penurunan berat badan dan digunakan untuk menggantikan nutrisi yang hilang. Apabila terdapat perbaikan nafsu makan, dapat dikatakan bahwa anak sedang dalam fase kesembuhan. Pasien tidak perlu untuk puasa, makanan dapat diberikan sedikit demi sedikit namun jumlah pemberian lebih sering (>6 kali/hari) dan rendah serat. Makanan sesuai gizi seimbang dan atau ASI dapat diberikan sesegera mungkin apabila pasien sudah mengalami perbaikan. Pemberian nutrisi ini dapat mencegah terjadinya gangguan gizi, menstimulasi perbaikan usus, dan mengurangi derajat penyakit

4. Antibiotik selektif

Pemberian antibiotik dilakukan terhadap kondisi- kondisi seperti:

- Patogen sumber merupakan kelompok bakteri

- Diare berlangsung sangat lama (>10 hari) dengan kecurigaan *Enteropathogenic E coli* sebagai penyebab.
- Apabila patogen dicurigai adalah *Enteroinvasive E coli*.
- Agen penyebab adalah Yersinia ditambah penderita memiliki tambahan diagnosis berupa penyakit *sickle cell*.
- Infeksi *Salmonella* pada anak usia yang sangat muda, terjadi peningkatan temperatur tubuh (>37,5 C) atau ditemukan kultur darah positif bakteri.

5. Edukasi Orang Tua

Orang tua diharapkan dapat memeriksakan anak dengan diare puskesmas atau dokter keluarga bila didapatkan gejala seperti: demam, tinja berdarah, makan dan atau minum sedikit, terlihat sangat kehausan, intensitas dan frekuensi diare semakin sering, dan atau belum terjadi perbaikan dalam tiga hari. Orang tua maupun pengasuh diberikan informasi mengenai cara menyiapkan oralit disertai langkah promosi dan preventif yang sesuai dengan lintas diare.

Pemberian obat-obatan seperti antiemetik, antimotilitas, dan antidiare kurang bermanfaat dan kemungkinan dapat menyebabkan komplikasi. Bayi dengan usia kurang dari tiga bulan, tidak dianjurkan untuk menerima obat jenis antispasmodik maupun antisekretorik. Obat pengeras feses juga dikatakan tidak bermanfaat sehingga obat-obatan tersebut juga tidak perlu diberikan. Efek samping berupa sedasi atau

anoreksia dapat menurunkan presentasi keberhasilan terapi rehidrasi oral.

Penanganan diare berikutnya adalah dengan pemberian probiotik dan prebiotik. Probiotik adalah organisme hidup dengan dosis yang efektif untuk menangani diare akut pada anak. Probiotik yang dapat digunakan dalam penanganan diare oleh *Rotavirus* pada anak-anak adalah *Lactobacillus GG*, *Sacharomyces boulardi*, dan *Lactobacillus reuterii*

Probiotik memberikan manfaat untuk mengurangi durasi diare. Probiotik efektif untuk mengurangi durasi diare oleh virus namun kurang efektif untuk mengurangi durasi diare yang disebabkan oleh bakteri (*Guandalini*). Mekanisme probiotik sebagai tatalaksana penanganan diare adalah melalui produksi substansi antimicrobial, modifikasi dan toksin, mencegah penempelan patogen pada saluran cerna, dan menstimulasi sistem imun.

3.9 Prognosis

Dengan penatalaksanaan yang tepat, prognosisnya sangat baik. Dehidrasi dan malnutrisi sekunder menjadi penyebab umum kematian. Cairan parenteral harus diberikan dehidrasi parah. Ketika malnutrisi terjadi, prognosisnya menjadi buruk kecuali nutrisi parenteral dimulai pada pengaturan rumah sakit.¹²

3.10 Komplikasi

Pada diare akut dengan dehidrasi berat, volume darah berkurang sehingga dapat terjadi dampak negatif pada bayi dan anak-anak antara lain syok hipovolemik (dengan gejala-gejalanya yaitu denyut jantung menjadi cepat, denyut nadi cepat, tekanan darah menurun, pasien lemah, kesadaran menurun, dan diuresis berkurang), gangguan elektrolit, gangguan keseimbangan asam basa, gagal ginjal akut, dan proses tumbuh kembang anak terhambat yang pada akhirnya dapat menurunkan kualitas hidup anak di masa depan.¹²

DAFTAR PUSTAKA

1. Pinilih, A., Saragih, J. R. N., Rosa, Y., Sitinjak, F. J., Yuswanita, A., Barinda, M. F., ...& Farida, N. D. (2025). Anak Usia 3 Tahun Dengan Gastroenteritis Akut Disertai Dehidrasi Ringan Sedang Dan Tonsilofaringitis Akut: Laporan Kasus. *Jurnal Medika Malahayati*, 9(3), 586-594..
2. Leung AK, Hon KL. Paediatrics: how to manage viral gastroenteritis. *Drugs Context*. 2021 Mar 26;10:2020-11-7. doi: 10.7573/dic.2020- 11-7. PMID: 33828604; PMCID: PMC8007205.
3. World Health Organization — Diarrhoeal disease (fact sheet). Updated Mar 7, 2024
4. Brahmana, N. B. K. (2024). Perbandingan Efektivitas Penggunaan Antibiotik Tunggal Dan Kombinasi Pada Pasien Pediatrik Dengan Gastroenteritis Akut Di Rumah Sakit Haji Medan (Doctoral Dissertation, Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Sumatera Utara).
5. Kachooei, A., Ataei-Pirkooh, A., Mir-Hosseini, M. et al. Viral co- infections in pediatric acute gastroenteritis: epidemiology of *rotavirus*, *norovirus*, , and *astrovirus* in Tehran, Iran (2021– 2022). *BMC Infect Dis* 25, 1319 (2025).
<https://doi.org/10.1186/s12879-025-11668>
6. Alda, N. I. (2022). *Karakteristik Pasien Gastroenteritis Pada Anak Umur Dibawah 5 Tahun (Balita) Yang Dirawat Inap Di Rumah Sakit*

Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 2019-2020= Characteristics Of Gastroenteritis Patients In Children Under 5 Years (Toddlers) Who Are Hospitalized In Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Hospital 2019-2020 Period (Doctoral dissertation, Universitas Hasanuddin).

7. Elliott E. J. (2007). Acute gastroenteritis in children. *BMJ* (Clinical research ed.), 334(7583), 35–40. <https://doi.org/10.1136/bmj.39036.406169.80>
8. Walker-Smith J. Gastroenteritis. *Diseases of the Small Intestine in Childhood*. 1988:185–284. doi: 10.1016/B978-0-407-01320-9.50012-1. Epub 2013 Oct 21. PMID: PMC7152053.
9. Stuempfig ND, Tobin EH, Seroy J. Gastroenteritis Virus. [Diperbarui 4 Mei 2025]. Dalam: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Januari 2026-.
10. Buletin data dan kesehatan: situasi diare di Indonesia. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
11. Rendang Indriyani DP, Putra IGNS. Penanganan terkini diare pada anak: tinjauan pustaka. *Intisari Sains Medis*. 2020;11(2):928-932. doi:10.15562/ism.v11i2.848
12. Nemeth V, Pfleghaar N. Diarrhea. [Updated 2022 Nov 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448082>